

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

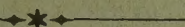
1923-1924 — N° 36

LA CONFUSION

DES

CRISES HYSTÉRIQUES ET ÉPILEPTIQUES

EN MÉDECINE LÉGALE MILITAIRE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 14 Décembre 1923

PAR

André-Gustave MICHAUD

MÉDECIN AUXILIAIRE DE LA MARINE

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PARIS (Seine), le 27 décembre 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. VERGER, professeur.....	Président.
		MOUSSOUS, professeur.....	Juges.
		MANDOUL, professeur.....	
		DUPÉRIÉ, agrégé	



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

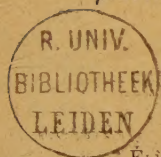
UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 36

LA CONFUSION
DES
CRISES HYSTÉRIQUES ET ÉPILEPTIQUES
EN MÉDECINE LÉGALE MILITAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 14 Décembre 1923



PAR

André-Gustave MICHAUD

MÉDECIN AUXILIAIRE DE LA MARINE

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PARIS (Seine), le 27 décembre 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. VERGER, professeur.....	<i>Président.</i>
		MOUSSOUS, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		MANDOUL, professeur.....	
		DUPÉRIÉ, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSEON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	N.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — GARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	N.	id.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	HERVIEUX.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pathologie interne.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE — A MON FRÈRE

A MES ONCLES ET TANTES

Très affectueusement.

A MES AMIS

DE L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE TEMPORAIRE DE MÉDECINE NAVALE (1918)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI VERGER

*Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

LA CONFUSION

DES

CRISES HYSTÉRIQUES ET ÉPILEPTIQUES

EN MÉDECINE LÉGALE MILITAIRE

INTRODUCTION

Au moment d'atteindre le doctorat et d'embrasser une carrière que nous souhaitons autant militaire que médicale, nous avons voulu choisir comme sujet de thèse une question de médecine légale militaire. Nous nous sommes adressé pour cela à M. le professeur Verger, dont les leçons de médecine légale et de déontologie nous intéressèrent si vivement au cours de notre dernière année d'études. Nous sommes heureux de lui adresser ici l'expression de notre profonde gratitude.

Nous devons remercier aussi le docteur Guay, qui nous aida de ses conseils dans la rédaction de ce travail et à qui nous devons deux de nos observations, en même temps que les docteurs Hesnard et Molin de Teyssieu pour les intéressants entretiens psychiatriques qu'ils nous ont accordés.

Le travail que nous présentons aujourd'hui a offert pour nous un vif intérêt et nous avons eu plaisir à le rédiger.

Nous avons adopté, pour le développement de cette étude, le plan suivant :

PREMIÈRE PARTIE :

Caractères classiques de la crise hystérique et de la crise épileptique ;

Fréquence des crises hystériques dans le milieu militaire ;

Raisons de la confusion des crises hystériques et épileptiques pendant et après la guerre.

DEUXIÈME PARTIE :

Mesures médico-légales militaires applicables aux « cri-sards » hystériques chroniques, en temps de paix et en temps de guerre.

PREMIÈRE PARTIE

LES CRISES HYSTÉRIQUES

CHAPITRE PREMIER

Les caractères classiques de la crise comitiale et de la crise hystérique.

La notion des crises hystériques, d'après Charcot, constituait une certitude rassurante. Mais elle fut bientôt affaiblie par les travaux de Babinski (1901-1908) et sa théorie pithiatique. Et depuis, l'observation fréquente de manifestations convulsives atypiques ou dans lesquelles l'hystérie et l'épilepsie combinent leurs symptômes, les controverses nombreuses au sujet des rapports de ces deux affections, diminuèrent encore la valeur de cette notion dans beaucoup d'esprits.

Aussi, des travaux récents, parmi lesquels plusieurs thèses (Gascard 29, Battini 5, Lallemand 42) ⁽¹⁾, se sont efforcés de préciser les rapports cliniques des deux maladies, car la différenciation des crises convulsives de l'une et de l'autre espèce est loin d'être aussi simple qu'on pourrait le supposer.

Les renseignements étiologiques sont souvent d'un faible

(1) Les chiffres placés après les noms d'auteurs cités renvoient à l'index bibliographique.

secours, car on peut les ignorer au moment de la constatation des accidents convulsifs. Et si, pour certaines épilepsies, on découvre facilement parmi leurs causes provocatrices des agents mécaniques, réflexes ou toxiques (Gascard 29), l'étiologie des crises hystériques n'est encore, à l'heure actuelle, définie que par des théories. Mais, qu'on adopte la notion ancienne de l'hystérie constitutionnelle (Charcot, Pitres), que l'on veuille voir seulement dans ces crises convulsives le produit d'une auto ou hétéro-suggestion (Babinski), ou encore la manifestation dérégulée d'une émotion, il faut admettre, pour l'étude séméiologique, un type de crise caractérisé par un ensemble de symptômes que nous groupons en tableau.

Gascard (29), à qui nous empruntons ce tableau, déclare n'avoir en vue « que la crise hystérique ou pithiatique moyenne, laissant de côté la grande attaque de Charcot et la crise épileptique généralisée moyenne (mis à part les vertiges ou les crises larvées). Voici en opposition les symptômes de la crise épileptique et de la crise hystérique, aussi complets que nous avons pu les rassembler dans les auteurs » (*V. tableau ci-contre*).

A côté de ces types séméiologiques classiques et complets, rencontrés rarement, il faut le dire, la plupart des crises présentent un nombre beaucoup plus restreint de signes. Il arrive même assez souvent qu'on se trouve devant une crise convulsive à symptômes appartenant à l'un et l'autre tableaux.

C'est pour ces crises, qu'il croyait devoir rattacher à un type spécial, que Souyer-Villermay créa le nom d'hystéro-épilepsie. Vivement contesté depuis, et « bien que ce diagnostic existe rarement dans les observations des maîtres, il est admis journellement dans les formations militaires, où, même comme diagnostic d'attente, il peut créer une confusion dans l'esprit des commissions de réforme ou faire ajourner un traitement précoce et efficace » (Gascard 29). Aussi, dans leurs thèses, Lallemant, Gascard ont-ils fait une bonne critique de cette étiquette commode qui sert seulement à égarer le diagnostic et que l'on doit rejeter du langage médical.

Ce sont ces cas aussi, et ils sont fréquents, qui prêtent à

Épilepsie.

Pas de motif. État de santé parfait.

1° **Aura** : Motrice, sensitive, sensorielle, vaso-motrice, viscérale ou psychique.

Cri initial.
Pâleur de la face ou cyanose.
Chute en masse.
Anesthésie généralisée à la piqûre.
Perte de connaissance absolue.

2° **Convulsions toniques généralisées** (trente secondes environ) :

Face congestionnée.
Respiration suspendue.
Pouce en flexion forcée.
Réflexe cutané plantaire positif.
Pupille dilatée insensible à la lumière.
Strabisme convergent.
Mâchoire serrée avec rictus sardonique.

Ruptures vasculaires conjonctivales ou palpébrales.
Piqueté hémorragique sous-cutané.
Pression artérielle élevée. Pouls fréquent.
Morsure de la langue.

3° **Convulsions cloniques à amplitude croissante** (deux minutes) :

Face grimaçante.
Yeux roulant dans l'orbite.
Emission involontaire d'urine.
Réflexes tendineux exagérés (?)

4° **Phase de sommeil** :

Stertor.
Face livide.
Pupilles rétrécies.

5° **Phase de réveil** :

Hébétéude.
Fatigue musculaire.
Amnésie lacunaire de la crise.
Céphalée très vive ordinairement frontale.
Pas de crise de larmes. Pas de rire ni de tremblements.

Symptômes complémentaires :

Crises survenant surtout pendant le sommeil.
Accès silencieux.
Pas d'influence du médecin sur la cessation.
Impossibilité de reproduire la crise par suggestion.
Taux de l'urée augmenté dans les urines au moment de la crise.
Dans les accès subintrants, il y a élévation thermique.

Hystérie.

Émotion (frayeur, chagrin, contrariété, etc.), auto ou hétéro-suggestion. État de santé parfait.

1° **Aura** : Motrice, sensitive (boule épigastrique), sensorielle, vaso-motrice, le plus souvent psychique.

Pas de cri initial.
Pas de pâleur de la face ni de cyanose.
Chute douce.
Anesthésie variable.
Pas de perte totale de connaissance.

2° **Convulsions toniques généralisées** (durée variable) :

Pas de congestion de la face.
Pas de suspension de la respiration.
Pas de flexion forcée du pouce.
Pas de phénomène des orteils.
Myosis parfois.
Pas de strabisme convergent.
Mâchoire serrée s'ouvrant facilement pour mordre l'infirmier.
Pas d'ecchymoses conjonctivales.

Pas de piqueté hémorragique sous-cutané.
Pression artérielle normale. Pouls fréquent.
Pas de morsure de la langue (érosions parfois par maladresse).

3° **Convulsions cloniques à grands mouvements** (durée prolongée) :

Cris, plaintes, sanglots, hoquets.
Yeux fixes.
Pas d'urination involontaire.
Pas de modification des réflexes tendineux

4° **Phase de sommeil** :

Absente le plus souvent.

5° **Phase de réveil** :

Retour rapide à la conscience.
Fatigue musculaire.
Amnésie très incomplète ou nulle.
Céphalée légère.

Crises de larmes, rires ou tremblements.

Symptômes complémentaires :

Crises survenant toujours pendant la veille.
Accès bruyants.
Influence du médecin sur la cessation.
Possibilité de reproduire la crise par la suggestion.
Taux de l'urée diminué dans les urines au moment de la crise.
Dans les crises prolongées, il n'y a pas d'élévation thermique.

erreur de diagnostic. Car si l'ensemble des symptômes, ainsi que nous l'avons exposé entraîne la conviction, pris isolément, « il n'est aucun de ces signes qui soit caractéristique, aucun qui soit pathognomonique » (Chavigny 18).

Nous reprendrons, dans un prochain chapitre, l'étude de la valeur des principaux symptômes classiques quant au diagnostic différentiel. Nous avons voulu simplement définir ici la crise hystérique moyenne sur laquelle repose notre étude.

Malgré leur intérêt au point de vue médico-légal militaire, nous laisserons de côté l'étude des crises simulées, car elles peuvent être considérées comme très rares (Granjux 31, Vincent 72, Chavigny 16). Il faudrait, en effet, au simulateur une connaissance approfondie du tableau clinique si complexe des crises convulsives et une insensibilité « d'homme pelote » à opposer à la recherche des stigmates anesthésiques (Verger 54), ce qui est à peu près impossible. Du reste, on ne peut pas raisonnablement mettre en doute la bonne foi de malades dont les crises sont de notoriété publique et causent le refus d'embauchage de beaucoup d'employeurs. Tout au plus, dirons-nous avec Pitres (53), « que si quelques individus peuvent être soupçonnés d'avoir, pour échapper aux risques de la guerre, exagéré une hystérie convulsive plus ou moins ancienne, d'autres ont présenté des crises malgré la situation plutôt favorable (soldats auxiliaires, ouvriers d'usine) qui résultait pour eux de l'état de guerre ».

CHAPITRE II

Fréquence des crises hystériques dans le milieu militaire.

Les accidents convulsifs hystériques chez le soldat pendant les années qui précédèrent la guerre pouvaient être considérés comme une rareté. Mais au cours des hostilités, en plus des émotions fortes dues aux risques incessants, de nombreux facteurs : particularités pénibles de la vie des tranchées, usage des explosifs à grande puissance, alcoolisme habituel, étaient de nature à favoriser au plus haut point l'éclosion de troubles psychiques et neuro-psychiques (Régis 59, Hesnard 56).

De fait, en marge des troubles mentaux proprement dits (démences, délires, etc...), le nombre a été considérable des manifestations relevant de l'hystéro-traumatisme, et parmi celles-ci des accidents convulsifs. Chavigny, dès le début de 1915, insiste sur la réelle fréquence, parmi les pseudo-crisis épileptiformes, des accidents d'origine exclusivement émotionnelle.

Les comptes rendus des travaux des centres neurologiques militaires signalent bientôt un nombre croissant d'hystériques convulsifs. Roussy (65), dans son service au Val-de-Grâce, notait déjà 9 cas en mars et 31 en décembre 1915. Laignel-Lavastine (40) en centralise un chiffre important pendant les années 1916 et 1917. Les jeunes recrues constituent l'élément principal.

Aux diverses périodes de la guerre, les blessés cranio-cérébraux fournissent aussi quelques cas (Jourdran 37).

Chavigny (18), après une série de 100 observations person-

nelles, déclare qu' « il semblerait que la crise d'épilepsie vraie soit une rareté, tandis que la crise hystérique est très fréquente, malgré l'ostracisme dont elle a été l'objet en médecine depuis quelques années ».

Enfin une remarquable étude de Pitres et Gauckler (53) porte sur 513 cas de crises hystériques observées au Centre neurologique de la 18^e Région, de la fin octobre 1914 au 31 décembre 1918. Ces 513 « crisards » — comme les appellent les auteurs sans aucune signification péjorative, mais seulement par abréviation — constituent le 5 p. 100 des malades ou blessés soignés au Centre neurologique pendant la durée de la guerre.

Comme Laignel-Lavastine, Pitres et Gauckler ont noté une augmentation marquée du nombre des crisards de mai 1916 à septembre 1917. Ils l'attribuent aussi à la grande jeunesse des recrues, aux récupérations effectuées par les revisions résultant des lois Dalbiez et Mourier et à l'activité des hostilités.

Quant à l'influence déterminante des circonstances de guerre sur ces sujets, les auteurs relèvent « 204 cas où les premières crises ont précédé, généralement de plusieurs années, la déclaration de guerre et 252 où elles l'ont suivie. De telle sorte que, par rapport au nombre des malades observés, l'hystérie née en temps de paix représente, en chiffres ronds, 45 p. 100 et l'hystérie née en temps de guerre 55 p. 100 des cas ».

L'ensemble de leur étude les amène à conclure que l'hystérie convulsive « est relativement très fréquente chez les jeunes gens du sexe masculin. Elle est peut-être chez eux plus commune que l'épilepsie dite essentielle, car, parmi les dossiers de 384 sujets ayant eu avant le début de la guerre des « crises nerveuses » de l'une ou de l'autre espèce, dont la nature exacte a été déterminée après constatation objective dans notre centre, nous trouvons qu'il s'agissait 204 fois de crises hystériques et 179 fois seulement de crises épileptiques (soit 53 p. 100 d'hystériques contre 47 p. 100 d'épileptiques) ».

Le pourcentage réel des crises hystériques est certainement plus élevé, car il faut tenir compte de ce fait qu'en dehors des centres neurologiques, parmi les militaires qui ont pu bénéficier

de la réforme pour crises épileptiques, s'est glissée une notable proportion d'hystériques. Il est arrivé plus d'une fois que ces réformés et pensionnés pour épilepsie, examinés plus tard dans les hôpitaux à l'occasion de leurs crises ou seulement d'une maladie intercurrente, ont été reconnus des pithiatiques purs.

CHAPITRE III

Raisons de la confusion fréquente des crises hystériques avec les crises épileptiques pendant et après la guerre.

I. — Pendant la guerre.

Au début des hostilités, « sous l'influence des doctrines modernes si critiques des manifestations hystériques, beaucoup de médecins considérèrent comme épileptiques toutes les crises convulsives » (Chavigny 17). D'autres, adoptant la théorie pithiatique, s'efforcèrent de faire disparaître tous ces accidents par des moyens persuasifs variés. C'était l'époque où la formule de Babinski, « ni réforme, ni gratification », était appliquée dans toute sa rigueur aux manifestations hystéro traumatiques.

L'hystérie était alors non seulement en défaveur, mais bien près de se confondre avec la simulation. C'était la conséquence de la théorie pithiatique qui attribuait à la suggestion la formation des accidents convulsifs éloignant le militaire du front. Aussi s'attachait-on à récupérer ces malades pour le service armé, en les guérissant de leurs crises, par des moyens thérapeutiques parfois quasi coercitifs.

Cependant, on n'y réussissait pas toujours. Certaines crises persistaient envers et malgré tout. Et l'ignorance officielle des manifestations hystériques par le barème de 1915 laissa bientôt les médecins dans une perplexité très grande. Celle-ci, qui dura jusqu'au milieu de l'année 1917, ne fut résolue que par un mauvais tour de passe-passe.

Ces crisards non guéris, qui ne pouvaient être éliminés de l'armée par voie de réforme, furent renvoyés à leur corps dès

leur sortie de l'hôpital. Ils n'étaient pas plus tôt dans leur dépôt que les accidents convulsifs réapparaissaient et leurs chefs militaires, les déclarant inutilisables, les faisaient hospitaliser d'office à nouveau. Ainsi, d'hôpital en garnison, de garnison en hôpital, ces malades promènèrent leurs crises à travers la France.

Enfin, de guerre lasse, on dut songer à les présenter aux commissions de réforme, fin 1917. Ici, autres difficultés. Les règlements préconisant l'attribution d'une « faible rente », c'est-à-dire une gratification jamais supérieure à 10 p. 100, il est arrivé souvent que les commissions n'osaient pas l'appliquer. En effet, comment attribuer logiquement, d'après la théorie pithiatique, une gratification à un militaire qui, s'il ne simule pas, n'est crisard que parce qu'il le veut bien, ou comment, par ailleurs, n'accorder qu'un si faible taux à un malade que nous considérons comme réellement invalidé du fait de ses crises. Par suite de cette situation, il arriva que certains hystériques obtinrent leur réforme sous la rubrique : crises épileptiformes, pour bénéficier d'un taux d'invalidité plus en rapport avec leur état.

Mais la seconde raison, et très importante aussi, de la confusion des crises hystériques et épileptiques provient des erreurs de diagnostic. Celles-ci sont imputables, d'une part à la fréquence des crises atypiques à ressemblances très grandes et, d'autre-part, à l'insuffisance d'observation.

Nous avons déjà cité ces crises, que l'on a voulu appeler hystéro-épileptiques, où l'on observe, mélangés, quelques symptômes de chacune des deux affections. Le médecin, en pareil cas, tout en ayant présente à l'esprit la possibilité d'une crise alcoolique, urémique ou simulée, doit aussitôt penser à en discerner la nature hystérique ou épileptique. Nous allons, à ce sujet, passer en revue la valeur des principaux signes classiques.

L'aura. — Beaucoup d'hystériques ne sentent pas venir leur crise. Près de la moitié des crisards observés par Pitres et Gauckler (53) ne

présentaient pas d'aura. Quand celle-ci existe, c'est sous formes diverses. Le plus fréquemment, malgré tout, il s'agit de la sensation de boule classique, mais on note aussi des sensations vertigineuses, de la céphalée gravative, et rarement une véritable aura psychique avec excitation et paroles incohérentes.

Le cri. — C'est un des signes les plus négligeables. Tout au plus peut-on dire que le cri de l'épileptique est habituellement rauque et unique, tandis que celui de l'hystérique est sur un mode aigu, répété et gémissant (Simonin-67).

La chute et les blessures. — Il est d'observation courante que l'épileptique est saisi par sa crise en n'importe quel lieu, même dangereux pour son existence, et qu'il porte souvent les cicatrices des blessures dues à ses chutes. L'hystérique, lui, accomplit sa chute en lieu sûr. Cependant, il faut considérer comme assez fréquentes les blessures et les ecchymoses que les hystériques reçoivent au cours de leur crise, dans la période des grands mouvements (Pitres 53, Marchand 48).

La perte de connaissance. — « Il y a perte de connaissance absolue quand, quelle que soit l'excitation produite dans le domaine sensoriel ou dans le domaine de la sensibilité générale, aucune réaction de l'individu ne répond à l'excitation. » (Pitres et Gauckler 53). Or, cette perte de connaissance est constante et absolue chez l'épileptique, qui, par exemple, tombé dans le feu ou dans l'eau, coule à pic ou est entièrement carbonisé sans rémission.

Un hystérique sort indemne de ces mêmes conditions (Voir notre observation II). En effet, la sensibilité chez un hystérique n'est jamais totalement abolie. Malgré qu'elle soit parfois difficile à explorer et qu'il faille se méfier des stigmates anesthésiques, on arrive toujours à obtenir une réponse aux excitations tendineuses ou conjonctivales (Marchand 48). La compression des zones hystérogènes donne des résultats trop variables pour qu'on puisse s'y attacher

(Simonin 67). La constatation, quand elle est certaine, de la perte de connaissance est donc un signe de bonne valeur.

Le mode des convulsions. — Ne considérons pas de trop près les phases tonique et clonique de la crise épileptique des classiques. Elles sont trop souvent absentes, l'une ou l'autre, dans les ictus incomplets et parfois trop facilement discernables au cours de crises hystériques. Mais les convulsions considérées dans leur ensemble, sont constituées chez l'hystérique par une gesticulation désordonnée, mais ample, de grands mouvements des membres, des attitudes du corps caractéristiques (en arc de cercle, par exemple. Jourdran 37, Lallemand 42). Cet aspect de « débauche motrice » est une indication de valeur.

Les crises de la nuit chez l'épileptique sont typiques. Le malade n'en a jamais conscience; s'il est marié, c'est sa femme qui s'en aperçoit aux mouvements convulsifs qu'il présente tout à coup. Outre que ces crises nocturnes soient très rares chez l'hystérique, elles ne se passent jamais ainsi. Ce sont des crises à grand fracas, théâtrales. Le malade de notre observation I exécutait des sauts de carpe dans son lit et passait par-dessus sa femme pour aller se rouler à terre. Du reste, ces crises hystériques nocturnes surviennent, non pas pendant le sommeil, comme chez l'épileptique, mais bien pendant l'état de veille. Aussi, à la caserne, ces crises se déroulent-elles plus souvent dans les couloirs que dans les chambrées. Elles s'accomplissent généralement avec une gesticulation furieuse telle qu'il est impossible de ne pas les reconnaître.

Les réflexes. — L'étude des réflexes tendineux au cours d'une crise relève de l'exploration de la sensibilité générale et comporte les mêmes difficultés que celle-ci. Mais deux signes très importants, et qu'on doit, par conséquent, s'efforcer d'obtenir, sont le réflexe pupillaire et le réflexe cutané plantaire de Babinski.

La pupille de l'épileptique en état de crise est fortement dilatée et ne réagit plus à la lumière. Ce sera un signe excellent, si sa constatation n'est pas entravée par les soubresauts du malade ou la révulsion en haut des globes oculaires. Le réflexe cutané plantaire qui se

présente en extension dans les mêmes circonstances peut être plus facilement recherché dans le quart d'heure qui suit la crise. Il fut noté dans plus de deux tiers des cas par Vincent (72), au Centre neurologique de la 9^e région, qui le faisait rechercher systématiquement.

La morsure de la langue, comme le cri, est un symptôme d'importance médiocre. On l'observe dans les cas les plus variés, au cours d'une crise alcoolique par exemple. Il n'est pas constant chez les épileptiques et on a noté (Pitres et Gauckler 53) une morsure franche des bords de la langue chez plusieurs hystériques.

La bave. — C'est le symptôme objectif le plus fréquemment noté et il est aussi de très peu de valeur. A examiner de près, il semblerait, mais ce sont des subtilités inutiles, que l'hystérique salive, tandis que l'épileptique bave une écume mousseuse sanguinolente ou non.

A ce sujet, relevons une observation curieuse de Porot (55), au Centre neurologique d'Alger. Beaucoup d'indigènes, évacués de France pour crises épileptiques, présentaient en réalité des crises hystériques d'une grande violence accompagnées de bave sanglante. Il s'agissait seulement là d'un phénomène banal d'hémossalémèse fréquent chez les indigènes algériens. Au reste, l'épilepsie essentielle est très rare chez eux.

La miction pendant la crise. — C'est encore un signe infidèle sinon trompeur. Il peut manquer chez l'épileptique et, d'autre part, il est trop connu et trop facilement réalisable pour qu'un hystérique exagérateur ne songe pas à l'ajouter, à l'occasion, aux symptômes de sa crise. En tout cas, si on le recherche, il faut que ce soit soigneusement, pour ne pas méconnaître les quelques gouttes d'urine sur la chemise qui, souvent, constituent toute la miction — classique — de l'épileptique.

Examens de laboratoire. — Laurès et Gascard (43) ont publié récemment les résultats d'une étude sur le taux de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien des hystériques et des épileptiques. Les

prélèvements étaient faits en période de calme et aussitôt après une crise.

Les auteurs ont abouti à la conclusion suivante qui peut servir utilement au diagnostic de ces deux affections dans les cas obscurs. « Le taux de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien, quel qu'il soit en dehors des crises, est augmenté pendant les crises d'épilepsie et diminué pendant les crises d'hystérie. »

Enfin, quand on analyse une observation, l'étude des signes que nous venons d'exposer doit être suivie par celle, minutieuse aussi, des anamnestiques. Il faut obtenir du malade des affirmations aussi précises que l'on peut sur l'époque d'apparition de sa première crise (il est rare qu'un épileptique n'ait pas vu ses accidents convulsifs débiter dans son enfance ou son adolescence au plus tard. Lallemand 42), sur la fréquence et le rythme des suivantes, leur surveillance diurne ou nocturne. La recherche des causes occasionnelles doit être faite par l'observateur d'une manière indirecte, car, sur ce point, l'interprétation des malades, même de bonne foi, peut se donner trop facilement libre cours. On touche là de près à l'examen du fonds mental du sujet. Il faut y procéder méthodiquement en insistant sur la valeur intellectuelle et affective, le jugement, la façon de réagir aux incidents de la vie courante. Les habitudes éthiques et leur influence, que le malade constate souvent lui-même, sur les crises doivent être notées. L'ensemble de ces commémoratifs peut avoir une grande valeur ; il nous a aidé à porter le diagnostic d'hystérie chez un de nos malades qui ne présentait aucune crise pendant son séjour à l'hôpital. Il s'agit de l'observation III.

Par ailleurs, il faut reconnaître que le principe militaire de la constatation des crises par un médecin n'est pas toujours appliqué pour des causes diverses, et on doit souvent se contenter du rapport plus ou moins précis d'un infirmier. En ce qui concerne l'hystérie spécialement, la constatation est rarement facile. L'hystérique n'a pas de crises à l'hôpital où il est sous la surveillance du médecin. Au cours de la guerre, celles-ci éclataient le plus souvent dans les dépôts ou bien dans les gares

sous les regards d'infirmières bénévoles dévouées, mais dont les rapports étaient bien imprécis.

Au reste, il faut admettre, avec Chavigny (18), « qu'on ne peut pas faire un diagnostic différentiel entre la crise hystérique et la crise épileptique, par une analyse même minutieuse des seuls symptômes de la crise. Ce diagnostic exige dans tous les cas un examen complet; dans tous les cas, une observation psychiatrique véritable doit être prise ». C'est ainsi seulement qu'on évitera des conclusions qui, malgré leur apparence rationnelle, seront montrées erronées à un examen approfondi. On est, par exemple, trop enclin à rapporter à l'épilepsie toutes les crises survenant chez un épileptique (Lallemand 42). L'hystérie convulsive peut, en effet, se manifester chez un épileptique en conservant sa nature propre. Sans vouloir rechercher s'il y a vraiment à l'origine de ces crises hystériques un phénomène d'auto-suggestion imputable à l'aura consciente de l'ictus épileptique (Bernheim 9, 10), notons seulement en faveur de cette hystérie post-épileptique les affirmations de Marchand (48), Jourdran (37), Lallemand (42).

Il reste de ces considérations qu'au cours de la guerre la confusion des crises hystériques avec les crises épileptiques fut fréquente. « Crises épileptiformes étaient souvent une étiquette commode qui dispensait de toute discussion de diagnostic. » (Chavigny 18). Trop souvent aussi les médecins ont eu la main forcée par le désir d'éliminer de l'armée des crissards inutilisables. Enfin et surtout, la difficulté de nombreux cas, les conditions d'observation défectueuses ont causé la plupart de ces erreurs de diagnostic. Nous verrons dans notre étude médico-légale quelles ont été leurs conséquences.

II. — Après la guerre.

Cette erreur initiale, qui fit réformer pour épilepsie une notable proportion d'hystériques, s'est trouvée aggravée encore après la loi du 31 mars 1919. En effet, depuis la promulgation de cette loi, beaucoup de réformés temporaires, de réformés n° 2, ont fait valoir leurs droits à la pension.

Le nombre de ces postulants, les ressources restreintes du Service de Santé en temps de paix, ont empêché qu'on puisse tous les hospitaliser un temps suffisant pour la constatation de leurs crises et *a fortiori* pour un examen psychiatrique complet.

Il existe depuis lors de prétendus réformés pour épilepsie qui sont des hystériques. Nous citerons ici 3 observations démonstratives de ce fait prises dans le service de M. le professeur Verger. Elles montrent que, dans l'espace de six mois, dans un service de médecine d'hôpital civil, passèrent comme malades 3 réformés pour lesquels la confusion du diagnostic fut formelle.

OBSERVATION I

Service de M. le professeur VERGER.

Due à l'obligeance de M. le Dr GUAY, professeur à l'École du Service de Santé de la Marine.

T... (Henri), 27 ans, manoeuvre, entre dans le service du professeur Verger, le 5 décembre 1922, à la suite de la crise suivante : Ce jour-là, alors qu'il était mal à l'aise depuis le matin, il a senti se former dans la région épigastrique une boule qui est montée le long du sternum jusqu'à la gorge. En même temps, il éprouvait une forte sensation de striction dans la région précordiale, de la gêne respiratoire avec brouillard devant les yeux, vertiges, sueurs froides. La crise se termina par des tremblements qui durèrent jusqu'à son arrivée à l'hôpital. Il n'eut pas de perte de connaissance, ni de miction involontaire.

Le malade fait remonter son affection à novembre 1917. Au cours d'une attaque par « mienen », il fut commotionné, blessé et intoxiqué. Il se rappelle très mal tout ce qui s'est passé pendant le mois qui suivit ; il subit l'amputation de la jambe droite, et aurait craché du sang pendant cinq ou six jours.

La première crise dont il se souvienne, date de deux mois après sa blessure. Il ne sait pas s'il en eut d'autres auparavant, et la raconte ainsi : Alors qu'il se trouvait près de son lit, il tomba tout d'un coup

et perdit connaissance. Cet état dura deux heures et s'accompagna de quelques convulsions, mais sans miction involontaire et sans morsure de la langue. Après la crise, il resta fatigué pendant quelques heures.

Depuis lors, les crises revinrent à peu près tous les quinze jours. Ses camarades lui racontèrent qu'à maintes reprises, au cours de ses crises, il allait d'un bout de la chambre à l'autre, sous les lits, et qu'il renversa plusieurs lits.

Puis les crises devinrent quotidiennes. Il en eut même plusieurs par jour pendant deux mois, dit-il. Il fut très fatigué et maigrit beaucoup.

Les crises survenaient parfois la nuit. Elles n'étaient pas toujours précédées de sensation de boule montant à la gorge. Le malade n'a jamais eu le souvenir bien précis de ce qu'il faisait au cours de ses crises. Parfois il poussa un cri lors de sa chute, il eut un peu d'écume aux lèvres. Deux fois seulement, il se serait mordu la langue ou les lèvres. Jamais il n'urina sous lui. A la suite des crises, sueurs et tremblements. Entre les crises, profonde lassitude. Puis les crises s'espacèrent, une à deux par semaine. Réformé en juin 1920 pour perte de la jambe droite et crises épileptiformes.

Marié en 1921, il a vu les crises avec perte de connaissance devenir plus rares. Elles se rapprochent, comme type, de celle qui a motivé son entrée dans le service. Mais sa femme nous apprend qu'il a parfois des crises la nuit, à la suite de contrariétés, que, couché près d'elle, il la franchit d'un bond, tombe sur le plancher où il se débat de façon désordonnée.

Examen. — Henri T... est un sujet vigoureux. Rien à relever dans ses antécédents personnels. Pas de convulsions dans l'enfance.

Rien d'anormal au système nerveux. La force musculaire est conservée. Pas de troubles nets de la sensibilité sinon un peu d'hyperesthésie cornéenne et pharyngée. Réflexes normaux, pas de Babinski. Le malade parle bien, mais a parfois de la difficulté à trouver le mot propre. Il se plaint que sa mémoire est défaillante. Il a oublié l'orthographe et dit ne plus pouvoir faire des multiplications un peu compliquées ou des divisions.

Le 23 décembre, pendant la visite du matin, on entendit un grand fracas. Henri T... venait de sauter d'un bond par-dessus les pieds de son lit sur lequel il était étendu et s'agitait à terre d'une façon désordonnée, tantôt s'aidant des mains pour avancer et heurtant les pieds du lit et les chaises, tantôt projetant en l'air, de façon saccadée, sa jambe saine et brandissant son pilon avec lequel il assommait presque un paralytique incapable de se protéger. Transporté sur son lit, T..., reste les bras étendus et les jambes écartées. Il souffle et bave légèrement. La face est pâlie, mais les traits ne sont pas contracturés.

Le malade reste assoupi pendant un quart d'heure environ. Il n'a pas uriné sous lui et ne s'est pas mordu la langue.

Il sort de l'hôpital le 23 janvier 1923.

OBSERVATION II

Service de M. le professeur VERGER.

T... (Alfred), 25 ans. Entre à l'hôpital, le 20 février 1922, pour crises épileptiques. Sujet robuste, aucune maladie à signaler. Habitudes éthyliques.

Mobilisé en 1915. Enterré par un obus en mars 1916. Au moment de sa délivrance a lieu sa première crise convulsive. A partir de ce moment, il présente des crises fréquentes (une par semaine), sans aura ni prodromes, avec perte de connaissance absolue, au dire du malade, mais les détails manquent.

Réformé pour épilepsie le 2 août 1917.

Il devient marin de chaland sur le canal du Midi. Ses crises continuent très fréquentes, car il buvait beaucoup. Elles surviennent uniquement le jour pendant son travail. En un mois, il tombe trois fois dans l'eau... mais il reprend connaissance aussitôt et se sauve par ses propres moyens. Il change plusieurs fois de chaland, les patrons ne voulant pas le garder.

En 1919, notre malade s'embauche comme garçon d'écurie. Il essaie de corriger son habitude de boire; pas de crises pendant dix mois, puis elles reprennent pour des causes émotionnelles. Il fait plusieurs places.

En 1920, il trouve une place d'ouvrier métallurgiste. Il recommence à boire avec excès, les crises augmentent de fréquence et il entre à l'hôpital.

Examen. — Sujet robuste. Pas d'asymétrie faciale, voûte palatine ogivale, pas de morsures de la langue. Anosmie. Anesthésie pharyngée. Pas d'autres territoires anesthésiques.

Réflexes pupillaires et champ visuel normaux.

Réflexes tendineux et périostés normaux.

Le malade déclare que ses crises sont provoquées par la fatigue, l'alcoolisme, joints à une contrariété, une émotion pénible. Il ressent parfois une aura sous forme de vertiges, bourdonnements d'oreille et vue trouble. Pas de morsure de la langue, ni de bave, ni de miction involontaire.

Le 2 mars, au cours de la visite, le malade présente une crise qui a pu être observée. Brusquement, et sans pousser un cri, il se jette d'un bond au milieu de la salle, puis fait des mouvements désordonnés, saccadés, tantôt de reptation, tantôt d'élévation des jambes et des bras. Il se déplace ainsi et, arrêté par les pieds d'une table, d'un lit, il revient au milieu de la salle où, les bras en croix, les jambes écartées, il souffle, crachote et bave légèrement. La face n'est pas couverte de sueurs, elle est pâle. Les traits ne sont pas contracturés. Deux minutes plus tard, il fait quelques mouvements, se raidit en arc de cercle, puis étend ses jambes réunies et les jette en l'air. Il continue à souffler pendant que ses bras sont agités de brèves secousses musculaires.

La crise a duré dix minutes. Le malade s'est levé sans mot dire et est allé s'asseoir sur sa chaise où il demeure assoupi. Il n'a pas eu de miction involontaire, il ne s'est pas mordu la langue.

OBSERVATION III

Service de M. le professeur VERGER.

Due à l'obligeance de M. le Dr. GUAY.

D... (Jean), âgé de 32 ans, ouvrier agricole, est entré à l'Hôpital Saint-André, le 8 mars 1922, dans le service de M. le professeur Verger, pour crises épileptiformes.

Pupille de l'Assistance publique, il a été élevé en Champagne chez un agriculteur. Il n'eut jamais de convulsions dans son enfance et dans son adolescence. Il a fait deux ans de service au 166^e régiment d'infanterie, pendant lesquels il n'a jamais eu de crises.

Mobilisé au même régiment en août 1914, il est blessé le 31 décembre 1914, en Belgique, par une balle qui fait une plaie en sélon de la fosse iliaque droite. Il est évacué sur l'Hôpital de Brest où il subit une intervention chirurgicale.

Trois semaines après son arrivée, au moment où on enlève les agrafes de la plaie, éclate la première crise. La crise débuta par un tremblement intense et généralisé de tout le corps. Le malade s'est débattu et il a fallu plusieurs infirmiers pour le tenir, dit-il. Il aurait eu une perte de connaissance de dix à quinze minutes. On aurait noté également des pleurs pendant et après la crise, sans morsure de la langue, ni miction involontaire.

Il n'eut pas d'autres crises pendant le reste de son séjour à l'hôpital et la convalescence qui suivit. D... rejoint son corps à Béziers, où il a trois ou quatre crises à la caserne en l'espace d'un mois.

Hospitalisé du 2 au 21 août 1915, à Béziers, il a quatre ou cinq crises à l'hôpital, constatées par un médecin. Ces crises surviennent à la suite de contrariétés, par exemple quand on dit au malade qu'il est un enfant trouvé, et se déroulent ainsi : le malade sent son ventre se gonfler tout d'abord dans la région où il a été blessé; puis une boule se forme au creux de l'estomac et monte à la gorge; il présente de la céphalée; il tombe où il se trouve, dans la salle, dans la cour de l'hôpital, etc... Il est pris d'un tremblement intense généralisé dans tout le corps, se raidit et crie, ou bien est agité de mouvements désordonnés; « il se tortille comme un ver », selon sa propre expression. Il perd connaissance pendant un quart d'heure environ, mais se souvient parfaitement de tout ce qui lui est arrivé. Chaque crise se termine par des pleurs. Jamais il n'urine sous lui, mais il présente des courbatures et de la céphalée après chaque crise. Jamais il n'a eu de crises pendant la nuit.

D... est réformé temporaire n° 2, en août 1915, pour « crises nerveuses constatées ». Il retourne en Champagne, près de son père nourricier, où il reprend ses occupations d'agriculteur. Il a des crises tous les huit jours, analogues aux précédentes.

Puis commence pour lui une série de tribulations. Atteint d'entérite (?) (coliques et diarrhée abondante, parfois sanglante, qui n'ont en rien altéré son état général), il entre à l'Hôpital de Troyes, où il a plusieurs crises dans son lit. Il se débat, les jambes en l'air, et se retrouve sous son lit. On doit même employer la camisole de force. Il quitte l'hôpital, puis travaille en Champagne, puis à Paris en 1916, où il entre à l'Hôpital de la Pitié. Il y est opéré de péritonite (?). Puis il s'embauche comme ouvrier jardinier dans les environs de Paris, et doit souvent changer de maison, aucun patron ne voulant le garder dès qu'il a une crise. Il en a tous les quinze, tous les huit jours, parfois tous les jours, et même plusieurs fois par jour, quand il est fatigué, qu'il est contrarié ou qu'il boit.

En mai 1917, il est opéré de hernie inguinale double à la Pitié.

En mai 1919, il entre à l'Hôpital militaire de Troyes, en vue de l'obtention d'une pension. Il y reste trois mois et a plusieurs crises constatées par un médecin, crises qui motivent sa réforme n° 1, avec 50 p. 100 d'invalidité et jouissance du 21 août 1915, avec la mention « crises épileptiformes ».

Il recommence ses pérégrinations favorisées par le rappel important de pension qu'il a touché, travaillant successivement à Troyes, Dijon, Clermont, aux environs de Paris, dans l'Eure, puis à Brest, faisant des crises fréquentes et ne pouvant, de ce fait, rester longtemps chez le même employeur.

De Brest, il vient à Bordeaux. Il travaille comme manœuvre sur les quais et a plusieurs crises dans les cabarets.

En décembre 1921, il entre à l'Hôpital Bel-Air, une première fois, dans un service de chirurgie, se plaignant de coliques violentes. Il a une crise durant son séjour.

Il rentre une deuxième fois à Bel-Air, en février 1922, dans le service du professeur Cruchet, sur certificat médical. Il y reste quinze jours et a deux crises dont une observée par l'interne du service. Après quelques jours de traitement bromuré, il demande à sortir et se place comme vacher aux environs de Bordeaux. Il a deux crises le jour de son arrivée et est congédié aussitôt.

Il entre à l'Hôpital Saint-André, sur certificat, le 8 mars 1922, dans le service du professeur Verger.

Examen. — D... est un sujet vigoureux, bien coloré; son état général est excellent, bien qu'il dise avoir des selles fréquentes.

A la face, rien d'anormal, aucune cicatrice ainsi que sur le reste du corps. Saillie marquée de l'écaille de l'occipital. Pas de traces de morsure de la langue. Voûte palatine ogivale. Pas de troubles de la motricité. Force musculaire conservée.

Anesthésie conjonctivale et pharyngée.

Réflexes tendineux normaux; pas de Babinski; la pupille réagit à la lumière et à l'accommodation.

Psychisme fruste. Les connaissances intellectuelles du malade sont presque nulles. D... est un émotif et un instable.

Rien au cœur et aux poumons.

A l'inspection du ventre, on note de multiples cicatrices. Une dans la fosse iliaque droite, irrégulière, adhérente, non douloureuse, due à la blessure déjà mentionnée. Une autre, correspondant à l'incision de Mac Burney (la Pitié, 1917); enfin, les deux cicatrices de hernie inguinale double (1917).

Paroi abdominale bien musclée. Pas de sensations douloureuses à la palpation. Pas de gâteau profond. Appétit et digestion normaux. Cependant le malade se plaint de diarrhée, qui n'a en rien altéré son état général.

D... est resté quinze jours à l'Hôpital Saint-André et n'a présenté aucune crise durant son séjour.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE MILITAIRE

La question des réformes à accorder aux militaires convulsifs forme un chapitre très important de la médecine légale militaire. Nous venons d'exposer comment cette question fut résolue aux diverses périodes de la dernière guerre, en ce qui concerne les crises hystériques. Nous avons insisté sur l'importance du diagnostic différentiel entre les crises hystériques et épileptiques, importance que Chavigny (18) définit en ces termes : « Rattacher à l'hystérie, après un diagnostic soigneusement discuté, des crises qu'on aurait risqué d'attribuer par erreur à l'épilepsie, cela conduit à des applications prophylactiques, thérapeutiques, médico-sociales d'une extrême importance. Porter un diagnostic d'épilepsie, c'est prononcer une condamnation définitive, car l'épileptique est un chronique, un extrasocial. » Cependant, le même auteur, dont nous adoptons les conclusions, appréciant la question au point de vue médico-légal, déclare : « Ce n'est peut-être pas que les uns (les hystériques) soient beaucoup plus utilisables que les autres (les épileptiques) dans les tranchées. Il est certains hystériques qui ne peuvent rendre aucun service pratique, même s'ils sont affectés au service auxiliaire, parce que leurs crises sont trop fréquentes et de causes minimes. Mais il est d'autres sujets qui peuvent parfaitement être maintenus au service et être utilisables malgré des crises ayant l'aspect de crises épileptiques. C'est beaucoup plus une question de fréquence et de gravité que de nature. » (Chavigny 18).

Nous allons donc étudier quelles mesures seront applicables à ces crissards chroniques hystériques en périodes de paix et de guerre.

CHAPITRE PREMIER

Période de paix.

Nous entendons désigner par période de paix le laps de temps qui succède immédiatement à la cessation des hostilités, quand bien même on l'emploierait à liquider les situations créées par la guerre, aussi bien que le temps de paix proprement dit, à souhaiter perpétuel, mais où la conscription obligatoire amène à tour de rôle chaque citoyen sous les drapeaux.

Désormais, le principe de la réforme ou non-réforme ne se discute plus. La loi de 1919 admet de la façon la plus large, comme imputable au service et entraînant droit à la réforme, toute maladie apparue pendant la présence d'un militaire sous les drapeaux.

ARTICLE 4. — Toutes les maladies constatées chez un militaire ou un marin, pendant la période où il a été incorporé ou pendant les six mois qui ont suivi son renvoi dans ses foyers, sont présumées, sauf preuve contraire, avoir été contractées ou s'être aggravées par suite des fatigues, dangers ou accidents du service.

Le caractère impératif de cette loi du 31 mars 1919, après avoir admis les crisards de toute nature de la dernière guerre à faire valoir leurs droits à la pension, oblige donc à réformer tous ceux qui se présenteront désormais.

Mais la discussion reste ouverte sur le fait de savoir quel sera le taux d'invalidité à attribuer à ces crisards chroniques. Il y a, pour cette évaluation, plusieurs éléments à considérer.

Le premier est celui de la curabilité à volonté. C'est sur ce point spécialement que le diagnostic d'hystérie pourrait comporter une certaine importance. Il est admis en effet que le crisard hystérique est justiciable d'un traitement psychothérapique qui peut amener rapidement la diminution de fréquence des crises, sinon les faire disparaître totalement. Mais ce traitement est loin d'avoir une efficacité absolue. Nombreuses sont les crises qui, pendant la guerre, résistèrent aux essais thérapeutiques de tous ordres. On aurait pu croire aussi que le fait de rendre ces militaires, munis d'une gratification, à leurs foyers, à leurs occupations d'avant-guerre, amènerait bientôt la sédation de leurs accidents. En réalité, il n'en est pas ainsi. Briand et Rouquier (13) déclarent que « la majorité de ces crisards rendus aux douceurs de la vie civile est restée ce qu'elle était à l'armée. La pension n'a pas suffi à faire rétrocéder leur syndrome pathologique ».

Du reste, l'épileptique est capable, lui aussi, par un traitement médical et un régime hygiénique appropriés, de voir ses crises s'espacer notablement. Enfin, pour l'un comme pour l'autre, pour l'hystérique comme pour l'épileptique, il peut arriver, au contraire, que la fréquence de leurs accidents augmente, par suite d'excès éthyliques notamment.

Quoi qu'il en soit, cette distinction de curabilité plus ou moins facile, si elle existait réellement, serait purement théorique, car les règlements n'en tiennent aucun compte par principe. En effet, il est toujours loisible à un réformé de postuler pour une augmentation de son taux d'invalidité, en faisant constater que son état s'est aggravé, ses crises devenant plus nombreuses sous l'effet d'une cause quelconque. Par contre, le taux de la pension, quatre ans après la réforme, devient absolument irréductible quelle que soit l'amélioration que le malade ait pu obtenir par traitement.

La curabilité plus ou moins facile des crises peut donc être considérée comme égale pratiquement (et même théoriquement) chez l'hystérique et l'épileptique.

Les crises convulsives que présente un individu dans la vie civile deviennent bientôt connues de tout son entourage. Ce fait détermine bien souvent un refus d'embauchage ou un congé immédiat, car il vient tôt ou tard à la connaissance des employeurs qui n'ont cure de garder un ouvrier sujet à convulsions. Les malades que nous avons étudiés dans nos observations II et III changeaient de patron, de province et même de métier sans arriver à se stabiliser nulle part pour cette cause.

Le préjudice apporté par ces états convulsifs, de quelque nature qu'ils soient, est donc considérable. Le vulgaire ne fait aucune différence de nature ; il juge de la gravité des accidents par leur fréquence. Et au point de vue individuel comme au point de vue social, cette fréquence des crises est le facteur le plus important de l'incapacité ouvrière. C'est du reste sur cette base que s'appuie le barème dans ses évaluations.

Quant aux dangers courus par ces malades du fait de leurs crises, il est avéré que c'est pour l'épileptique qu'ils offrent le maximum de gravité. Celui-ci, qui subit sa chute brusque avec perte de connaissance absolue, peut être victime d'accidents irrémédiables : noyade, chute grave, brûlures mortelles, etc. Au contraire, l'hystérique n'accomplira jamais sa crise dans des circonstances trop dangereuses pour son intégrité. Malgré qu'elles surviennent souvent au cours de la journée et pendant le travail, c'est toujours dans des conditions de sécurité quasi parfaite et, en général, devant spectateurs qu'elles ont lieu.

Aussi, cet élément de gravité des accidents convulsifs sera considéré comme très important chez l'épileptique et beaucoup moindre chez l'hystérique.

Nous avons étudié ainsi, en parallèle, pour les crisards hystériques et épileptiques, les éléments qui sont à considérer pour la fixation du taux de gratification qui leur est attribuable. Cela parce que le barème de 1949 prévoit l'application aux accidents hystériques des pourcentages dus aux mêmes accidents d'origine organique.

Dès lors, la curabilité à volonté pouvant être appréciée comme égale dans les deux espèces, l'incapacité ouvrière étant uniquement proportionnelle à la fréquence des crises, le taux d'invalidité à accorder à un crisard chronique hystérique équivaldra à celui prévu par le barème pour un épileptique présentant des crises d'une même fréquence. Cependant, tenant compte de ce que l'état hystérique présente des dangers moindres pour l'existence du malade que l'état comitial, on devra abaisser le pourcentage ainsi fixé de quelques degrés en ce qui concerne les crisards hystériques.

Ce mode d'évaluation nous semble convenable, car (danger des crises mis à part) les inconvénients et les incapacités de travail sont les mêmes pour tous les crisards. Comme nous le disions en commençant cette étude, « c'est beaucoup plus une question de fréquence et de gravité que de nature ».

CHAPITRE II

Période de guerre.

Pendant les hostilités, la nécessité de récupérer le plus grand nombre de soldats possible prime tout. Aussi comprend-on la rigueur des mesures appliquées au début de la dernière guerre, alors qu'on s'efforçait d'éviter la réforme pour les hystériques. Nous avons étudié les conséquences, fâcheuses par plusieurs côtés, de la formule de Babinski. Cependant il est probable que si l'on devait, en pareilles circonstances, appliquer intégralement la loi de 1919, on verrait bientôt éclater dans l'armée une véritable épidémie de crises hystériques. Ce mode absolu de réforme constituerait vite une prime vers laquelle, même de très bonne foi, tendraient beaucoup de crissards. On se trouverait donc dans la nécessité de restaurer rapidement la majeure partie des dispositions adoptées au cours de la dernière guerre.

Parmi celles-ci, il serait avantageux de donner le plus grand développement possible aux essais thérapeutiques. Les centres neurologiques de la zone des armées furent ceux qui obtinrent le plus grand nombre de guérisons des manifestations hystéro-traumatiques. Saisies sitôt leur éclosion, elles étaient réduites dans un laps de temps très court. Il faudrait donc préconiser le triage et l'envoi immédiat des hystéro-traumatisés sur ces centres sitôt leur sortie de la ligne de combat. On éviterait ainsi la fixation d'un grand nombre de ces accidents.

Mais beaucoup d'autres qui font une apparition tardive et plus spécialement les crises hystériques qui nous occupent,

seront avantageusement soignées à l'arrière dans des hôpitaux spécialisés. Laignel-Lavastine (40) avait été contraint, au cours des années 1916 et 1917, à grouper les crisards hystériques qu'il avait en nombre important dans un pavillon spécial d'isolement. « On pourrait s'étonner, écrit-il, que j'aie réuni dans un même pavillon tous les hystériques convulsifs, car il est de notion courante que, dans une même salle, un hystérique qui tombe en crise a bientôt des imitateurs. Mais, d'une part, mes hystériques sont groupés dans une série de salles et de chambres. Ils sont soumis à un régime disciplinaire et diététique post critique (isolement absolu, purgation, régime lacté) qui contre-balance, et bien au delà, l'inconvénient, s'il en est un, résultant de leur réunion. En effet, non seulement chaque sujet pris individuellement s'aperçoit vite qu'il n'a aucun avantage à persévérer dans ses crises, mais encore son expérience du sort commun se surajoute à la sienne propre et en renforce l'effet. D'autre part, depuis la création du pavillon des hystériques, les autres pavillons sont devenus plus calmes. Les asthéniques et les hyperémotifs goûtent désormais le calme dont ils ont besoin. »

Il semblerait donc qu'on puisse attendre quelques bons résultats de cette sorte de thérapeutique que l'on pourrait sinon généraliser, du moins étendre dans une large mesure. En sortant guéris de ces hôpitaux, ces militaires devraient rejoindre immédiatement leurs régiments dans la zone des armées. Ils échapperaient avantageusement ainsi à l'influence déprimante des séjours dans les dépôts de l'arrière (Dide).

Mais il est impossible de songer à hospitaliser indéfiniment des crisards qui se montrent invinciblement chroniques. Ceux auxquels on appliquera la réforme seront l'exception, car il serait dangereux, ainsi que nous l'avons expliqué, de généraliser une telle mesure. Aussi a-t-on songé plus d'une fois (Verger 70, Jude 38, Chavigny 16) à utiliser ces crisards malgré tout. « Pour ne pas priver l'armée d'un contingent assez important de tarés mentaux, inaptes au service armé, on pourrait les employer utilement pendant la guerre dans les services spé-

ciaux chargés par exemple de terrassements. Ces sujets sont à éliminer en temps de paix par la réforme qui doit, dès ce moment, indiquer, en cas de mobilisation éventuelle, leur désignation comme travailleurs dans la réserve » (Jude 38).

Il faut dire que les chefs militaires ne sont guère favorables aux projets émis dans ce sens, quoiqu'ils ne veuillent à aucun prix de militaires convulsifs dans leurs régiments. Cependant, il semble que ces formations spéciales grouperaient avec avantage pour la défense nationale les crisards hystériques. Sans aucune mesure coercitive, mais seulement par l'application, sous un contrôle médical averti, d'une discipline analogue à celle de Laignel-Lavastine dans ses pavillons, on éviterait, même dans ces formations, la trop grande fréquence des crises convulsives.

CONCLUSIONS

I. — Les crises convulsives hystériques se sont présentées avec une réelle fréquence chez nos soldats au cours de la dernière guerre.

II. — Elles furent souvent confondues avec les crises épileptiques soit du fait d'idées préconçues, soit par erreur de diagnostic due à la réelle difficulté de certains cas ou à l'insuffisance d'observation.

III. — Les solutions médico-légales militaires à prendre vis-à-vis des hystériques convulsifs sont les suivantes :

a) En temps de paix : Appliquer la réforme prévue par la loi du 31 mars 1919, avec le taux que l'on attribuerait à un épileptique présentant des crises d'une même fréquence, ce taux étant légèrement abaissé en raison du danger moindre des crises ;

b) En temps de guerre : Supprimer en principe toute réforme pour éviter une épidémie de crises hystériques. Isoler dans un but thérapeutique ces crisards dans des hôpitaux spécialisés, ou bien les utiliser, si possible, dans des formations à destination purement et grossièrement ouvrière ; terrassements, confection des routes, par exemple.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

G. SIGALAS.

H. VERGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 1^{er} décembre 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. ALQUIER. — Réflexe cutané plantaire et hystérie. *Presse médicale*, 25 février 1915, p. 63.
2. BABINSKI. — Troubles physiopathiques réflexes. *Presse médicale*, 1917, p. 385.
3. BABINSKI et FROMENT. — Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe. Collection Horizon, Paris, 1918.
4. BALLET (G.). — Traité de pathologie mentale. Doin, 1903.
5. BATTINI. — Contribution à l'étude de l'hystéro-épilepsie. Thèse de Montpellier, 1919.
6. BEHAGUE. — L'épilepsie traumatique. Paris, 1919.
7. BENON. — La guerre et les pensions pour maladies mentales et nerveuses. *Revue neurologique*, 1916, p. 320.
8. — Les maladies mentales et nerveuses et la loi des pensions. *Presse médicale*, 1908, p. 199.
9. BERNHEIM. — Société de psychiatrie, 18 janvier 1912.
10. — L'épilepsie est hystérogène, l'hystérie n'est pas épiléptogène. *Journal des praticiens*, 27 avril 1918.
11. BONJOUR. — Diagnostic différentiel de l'hystérie et de l'épilepsie. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1896.
12. BRIAND. — Les comitiaux à l'armée. *Bulletin de la Société de médecine légale*, juillet 1915.
13. BRIAND et ROUQUIER. — Les psychoses dans l'armée. *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, janvier 1921.
14. CAMORS. — Les états seconds dans l'armée. Thèse de Lyon, 1912.
15. CESTAN. — Les épilepsies. Flammarion, 1922.
16. CHAVIGNY. — Diagnostic des maladies simulées. Baillière, 1921.
17. — Psychiatrie et médecine légale aux armées. *Paris médical*, 1915.

18. CHAVIGNY. — Crises convulsives dans le milieu militaire. *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, juin 1923.
19. CHAVIGNY et MOTY. — L'hystérie mâle dans l'armée. Société de médecine militaire, 1^{er} avril 1909.
CONGRÈS des aliénistes et neurologistes de langue française :
20. — XVII^e, à Lausanne.
21. — XIX^e, à Nantes.
22. CONOR. — L'hystérie dans l'armée. *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1907, p. 364.
23. CROOSKHAND. — L'hystérie post-épileptique. *The Journal of mental science*, 1917.
24. CRUCHET. — Compte rendu de la X^e armée. *Revue neurologique*, décembre 1917.
25. DILLER. — Differential diagnosis between hysteria and epilepsy. *International clinic*, 1910.
26. DUPRÉ. — Réformes, incapacités et pensions dans les psychoses. *Revue neurologique*, 1916, p. 790.
27. FERRAND. — L'hystéro-traumatisme. *Revue de médecine*, 1916.
28. FROMENT. — Voir Babinski.
29. GASCARD. — Contribution à l'étude des crises convulsives. Thèse de Bordeaux, 1920.
GAUCKLER. — Voir Pitres.
30. GILLES. — L'hystérie et la guerre. *Annales médico-psychologiques*, avril 1917.
31. GRANJUX. — L'aliénation mentale dans l'armée. XIX^e Congrès des aliénistes, Nantes, 1909.
32. — Prévention des maladies mentales dans l'armée. *Caducée*, 1905.
33. GRASSET. — Traité de physiopathologie clinique, 1912.
34. — Les psychonévroses de guerre. *Presse médicale*, avril 1915.
35. — Les maladies de guerre du système nerveux. *Presse médicale*, janvier 1916.
36. HESNARD. — Comptes rendus des travaux des centres neurologiques de Bizerte et Rochefort. *Revue neurologique*, 1916 et décembre 1917.
— Voir Porot.

37. JOURDRAN. — Les crises nerveuses chez les blessés cranio-cérébraux. Thèse de Bordeaux, 1916.
38. JUDE. — *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, juin 1923.
39. LABADENS. — L'hystérie dans l'armée. Thèse de Montpellier, 1887.
40. LAIGNEL-LAVASTINE. — *Revue neurologique*, décembre 1916 et décembre 1917.
41. LAIGNEL-LAVASTINE et FAY. — Psychogénèse des crises hystériques. Société médico-psychologique, 30 avril 1917.
42. LALLEMAND. — Rapports cliniques de l'hystérie et de l'épilepsie. Thèse de Montpellier, 1920.
43. LAURÈS et GASCARD. — *Presse médicale*, 16 juin 1920.
44. LEBRUN. — L'hystérie dans l'armée belge. *Archives médicales belges*, 1903.
45. LE CANN. — Les aliénés et la loi des pensions. Thèse de Bordeaux, 1920.
46. LÉPINE. — Troubles mentaux de guerre. Collection Horizon, Paris, 1918.
47. MARCHAND. — Des accès épileptiques atypiques. *Revue de psychiatrie*, avril 1920.
48. — Épilepsie et hystérie. *Presse médicale*, 8 septembre 1920.
49. — Troubles mentaux dans les blessures pénétrantes du crâne. *Annales médico-psychologiques*, avril 1916.
50. MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Barème 1919.
51. PANSIER, RODIET et CANS. — Troubles oculaires dans l'épilepsie et l'hystérie. *Encéphale*, 1907.
52. PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie.
53. PITRES et GAUCKLER. — Les crises hystériques observées au Centre de la XVIII^e région. *Revue de médecine*, 1919.
54. PITRES et VERGER. — Le problème médico-légal de l'hystéro-traumatisme. *Revue de médecine*, 1919.
55. POROT. — Travaux du Centre neurologique de la XIX^e région. *Revue neurologique*, décembre 1917.
56. POROT et HESNARD. — Psychiatrie de guerre. Alcan, 1919.
57. RÉGIS. — Précis de psychiatrie.

58. RÉGIS. — L'expertise psychiatrique dans l'armée. *Caducée*, 1905.
59. — Les troubles psychiques et neuro-psychiques de guerre. *Presse médicale*, 27 mai 1917.
60. — Rapport du Centre de psychiatrie de la XVIII^e région, 1914-1915.
61. *Revue neurologique*, *Comptes rendus* des travaux des centres neurologiques militaires, n^{os} de mai-juin 1915, novembre-décembre 1915; avril-mai 1916, juin 1916, décembre 1916; juin 1917, décembre 1917.
62. RIMBAUD. — Diagnostic des épilepsies, 1912.
63. ROUSSEL. — Les crises hystériques après guerre. *Journal de neurologie*, 1918.
64. ROUSSEL et LESNES. — Deux cas d'hystérie chez le soldat. *Caducée*, 1904.
65. ROUSSY. — Troubles nerveux et psychiques de guerre. *Presse médicale*, 8 avril 1915.
66. ROUSSY et BOISSEAU. — Un centre de neurologie et de psychiatrie d'armée. *Paris médical*, janvier 1916.
67. SIMONIN. — Les syndromes convulsifs. *Caducée*, 1909.
68. SOLLIER. — Statistique des cas de névrose dus à la guerre. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1915.
69. VERGER et CESTAN. — Tome IV du Précis de pathologie interne, article *Hystérie*, Paris, 1919, Masson, éditeur.
70. VERGER. — *Progrès médical*, 20 juillet 1916.
— Voir Pitres.
71. VIALATTE. — Les maladies mentales dans les armées en campagne. Thèse de Lyon, 1921.
72. VINCENT. — Traité de pathologie médicale Sergent, article *Hystérie*.
73. VON TOBOLD. — Les maladies mentales dans l'armée allemande. *Caducée*, 1909.

